LLOYD'S

El presente formulario debe ser cumplimentado ²ntegramente. Ha de ser impreso en papel, firmado, escaneado y remitido a la siguiente direcci·n de correo electr·nico: **rcagentes@cmste.com**

Consejo General de Colegios de Mediadores de Seguros

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

DE AGENTES DE SEGUROS EXCLUSIVOS

ASEGURADO

Nombre y Apellidos o Raz·n Social:.....
CIF / NIF:..... Tel®fono:..... E-mail: .....
Domicilio:.....
Localidad:..... Provincia:..... C·digo Postal:.....
Clave de Autorizaci·n administrativa de la DGSFP: .....
N¼mero de Colegiado: ..... Colegio de pertenencia:.....

DETALLES DEL RIESGO

1. àTiene en vigor la autorizaci·n administrativa correspondiente? S² ☐ No ☐
2. àHa tenido en el pasado alguna reclamaci·n que habr²a sido objeto de cobertura por este seguro? S² ☐ No ☐
3. àConoce alg¼n hecho o circunstancia que pudiera razonablemente originar alguna reclamaci·n? S² ☐ No ☐

(en caso de marcar alguna de las casillas ☑, ser§ necesario aportar documentaci·n adicional)

4. A¶os de experiencia como Agente de Seguros: ..... Actualmente Agente de (Compa¶²a de seguros):.....
5. àCuenta con autorizaci·n para operar con alguna otra compa¶²a de seguros? S² ☐ No ☐
6. Volumen de comisiones brutas (incluyendo las cedidas a colaboradores) del ¼ltimo ejercicio completo: .....ú
7. Composici·n aproximada de su cartera (%): - Empresas: .....% (de los que el .....% es Riesgo Industrial.
   - Particulares: .....% (de los que el .....% se corresponde con Fondos de Pensiones y/o productos de Vida Ahorro y/o similares)

OPCIONES DE COBERTURA

Seleccione la Opci·n de cobertura deseada, con la prima que se indica, en base a su facturaci·n (comisiones brutas) del ¼ltimo ejercicio:

		FACTURACIÓN			
		< 50.000 ú	50.001 ú a 100.000 ú	100.001 ú a 300.000 ú	Superior a 300.001 ú
LÍMITES	150.000 ú	85 ú ☐	100 ú ☐	125 ú ☐	A cotizar individualmente (indicar l²mite deseado)
	300.000 ú	105 ú ☐	120 ú ☐	145 ú ☐	
	600.000 ú	130 ú ☐	150 ú ☐	180 ú ☐	
	1.000.000 ú	170 ú ☐	200 ú ☐	230 ú ☐	

- Estas primas no incluyen los impuestos legalmente establecidos (6,15%).
- Los l²mites anteriormente referidos son por siniestro y a¶o.
- Estas primas ser§n de aplicaci·n para agentes colegiados, para todos aquellos no colegiados, las primas indicadas tendr§n un 50% de recargo.

EFECTO DEL SEGURO Y FORMA DE PAGO

Fecha de efecto de la p·liza: _ _ / _ _ / 2011
Domiciliaci·n bancaria: Entidad: _ _ _ _ Oficina: _ _ _ _ CC: _ _ NÜCuenta: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Titular de la cuenta: .....

INFORMACIÓN DE INTERÉS

1. El env²o del presente Formulario supone la orden en firme para la cobertura del correspondiente seguro, de acuerdo a la informaci·n aportada en el mismo. No obstante, el suscriptor se reserva el derecho a modificar las condiciones en base a la informaci·n del presente cuestionario. Asimismo, implica la autorizaci·n para cargar el recibo correspondiente en la cuenta bancaria indicada.
2. **Resulta imprescindible que el Formulario est© íntegramente cumplimentado (respondidas TODAS las preguntas) y est© fechado y firmado por el Tomador.**
3. El Tomador del seguro declara que los datos del presente Formulario se ajustan a la realidad y se compromete a comunicar por escrito cualquier modificaci·n que se produzca en los mismos, as² como cualquier circunstancia que pueda agravar el riesgo (Arts. 10 y ss. de la Ley de Contrato de Seguro).
4. Los datos personales que figuran en el presente documento han sido voluntariamente facilitados por el Tomador del seguro, conociendo que los mismos ser§n objeto de tratamiento informatizado, como necesarios e imprescindibles para el establecimiento, mantenimiento y cumplimiento de la relaci·n contractual entre las partes, una vez formalizada la p·liza de seguro que los justifica, pudiendo ser cedidos conforme lo establecido en el apartado c) nÜ2 del art²culo 11 de la Ley 15/1999, de Protecci·n de Datos de Car§cter Personal.
5. De conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba la Ley de Ordenaci·n y Supervisi·n de los Seguros Privados y en el Reglamento de Ordenaci·n y Supervisi·n de los Seguros Privados, el Asegurador a quien se solicita cobertura manifiesta:
   a. Que el contrato de seguro se celebrar§ con ciertos Sindicatos del LLOYDËS, Entidad domiciliada en 1 Lime Street EC3M 7HA, Londres, Inglaterra (Reino Unido). LLOYDËS es una Asociaci·n de Suscriptores constituida por Ley Parlamentaria. Los Aseguradores ser§n los Sindicatos del LLOYDËS mencionados en el contrato de seguro.
   b. Que el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es el Reino Unido y que, dentro de dicho Estado, la Autoridad a quien corresponde dicho control es la "Financial Services Authority", con domicilio en 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS, Inglaterra.

Firmado por: .....

En : ..... , a ..... de ..... de 2011

Firma:

IMPRIMIR